Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 10 lipca 1880. № 28. Rok XIX.

TREŚĆ: I. RYDYGIER. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj. — II. DOMAŃSKI. O kile *(syphilis)* układu nerwowego. — III. *Oceny i sprawozdania*: OLPIŃSKIEGO: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w król Galicyi i Lodomeryi z W. ks. krakowskiém. BERTILLON. UTHHOFF. — *Wiadomości pomniejsze.* — IV. Sprawy Towarzystw lekarskich. — V. *Odcinek:* WARSCHAUER. List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego. — BOGDANIK. Listy z Londynu. II. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynek do przeciwgnilnego wypiłowania stawów, mianowicie wypiłowania stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj.

Napisał Dr. Rydygier.

Na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie twierdził Koenig (p. sprawozdanie w Nrze 16 Przegl. Lek.), że wypiłowanie przeciwgnilne stawów w gruźlicy stawowéj nie ma żadnego wpływu zapobiegawczego przeciwko gruźlicy ogólnéj. Twierdzenie swoje oparł na statystyce własnéj, ułożonéj z 117 przypadków wypiłowań wykonanych w ostatnich 3½ latach. Z tych w przeciągu 4 lat po pierwszém wypiłowaniu już 21,5% umarło na gruźlicę ogólną. Zważywszy, że Billrothowi w przeciągu 16tu lat tylko 27% nieoperowanych na gruźlicę umarło, zważywszy daléj, że liczba 21,5% po uzupełnieniu obserwacyj z 4 na 16 lat z pewnością osiągnie liczbę Billrotha, jeżeli jéj nie przewyższy, pewną jest rzeczą, że wypiłowanie, choć przeciwgnilne, nie ma żadnego wpływu zapobiegawczego. Tak wnioskował Koenig i mogłoby się zdawać, że całkiem słusznie. Gdyby tak rzeczywiście było, musiałaby nastąpić reakcyja przeciwko wykonywaniu wypiłowań tak częstemu, jak to miało miejsce w Anglii, a w ostatnim czasie i w Niemczech. To też zaraz na témże posiedzeniu Esmarch oświadczył, że zgadzając się z wywodami Koeniga teraz często w gruźlicy stawów zamiast wypiłowania używa amputacyi. Przeciwko tym wywodom oświadczył Kraske, że w Hali w klinice Volkmanna po wypiłowaniach, ale wypiłowaniach wczesnych, lepsze mają wyniki; czego Koenig u siebie nie zauważył, przeciwnie twierdzi, że i wypiłowania wczesne nie mają żadnego wpływu zapobiegawczego.

W drugiéj części naszéj pracy będziemy mieli sposobność dowieść, że Koenig się myli. Dowód nasz oprzemy raz na studyjum literatury, a prócz innych właśnie prace Koeniga znakomicie nas poprą, powtóre na własném doświadczeniu, które w ostatnim czasie zbieramy wprawdzie w małém kółku, które to doświadczenie atoli może właśnie dla tego tém bardziéj na uwagę zasługuje.

Przystępujemy teraz najprzód do opisu naszych 15tu przypadków wypiłowań przeciwgnilnych, wykonanych przez kol. Wehra i przez nas w ostatnim 1½ roku w naszéj klinice. Rozpoczynamy od opisu wypiłowań stawu kolanowego w gruźlicy stawowéj, których wykonaliśmy w ostatnim roku 9.

Przypadek 1szy. Ida Goldam; przypadek ten opisaliśmy już w sprawozdaniu z kliniki naszéj (Przegląd Lek. Nr. 23), tu uzupełnimy go tylko opisem preparatu otrzymanego po wypiłowaniu: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 2,5 cm. Wysokość przy kłykciu zewnętrznym 2,5 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj 1,25 cm. Chrząstki stawowe kości udowéj, goleniowéj i rzepki po większéj części zniszczone. W obu kłykciach kości udowéj nieznaczne zmiękczenie istoty kostnéj.

Przypadek 2gi. Heilemann Gustaw; przypadek ten tamże opisany, uzupełniamy go więc tylko opisem preparatu: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 1,7 cm., przy kłykciu zewnętrznym 1,6 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj na najgrubszém miejscu (cienka blaszka) 0,75 cm. Ogniska kostnego (Knochenherd) nie znaleźliśmy; powierzchnia stawowa kości udowéj, goleniowéj i rzepki po większéj części wybujałą szklistą ziarniną pokryta; tylko najwyższe części kłykciów kości udowéj i najniższe kości goleniowéj pokryte są chrząstką niezmienioną i gładką. Najobficiéj znajduje się ziarnina w *recessus quadricipitis* wypełniając go zupełnie. W ziarninie i na przejściu błony stawomaźnéj na rzepkę liczne żółtawe kropki wielkości główki od szpilki: gruzełki (*miliare Tuberkelknötchen*).

Przypadek 3ci. Karabasz Władysław; i ten przypadek opisany na témże miejscu uzupełniamy tylko opisem preparatów otrzymanych po wypiłowaniu i po odjęciu uda: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 2,8 cm., przy kłykciu zewnętrznym 2,7 cm. Wysokość części wypiłowanéj kości goleniowéj na naj-

grubszém miejscu 1,5 cm. Ognisko kostne: Wrzód w środku przedniéj części kości goleniowéj wielkości orzecha laskowego, otorbiony błoną, w któréj już gołém okiem liczne gruzełki postrzegamy. Chrząstka stawowa na kłykciu zewnętrznym kości goleniowéj zupełnie przez ziarninę zniszczona, na tymże kłykciu kości udowéj po większéj części, na kłykciach wewnętrznych mniejsze zniszczenie. Cały *recessus quadricipitis* bardzo znacznie rozszerzony, wyłożony jest błoną pokrytą ziarniną i przechodzącą na powierzchnię stawową rzepki, któréj chrząstka zupełnie zniszczona. Wszędzie w ziarninie bardzo liczne gruzełki. Na preparacie otrzymanym po odjęciu uda widzimy, że powierzchnie przepiłowane nigdzie się nie zrosły; przeciwnie wyglądają jak gdyby ponagryzane, nierówne; tkanka kostna znacznie rozrzedzona, jamki wypełnione ropą serowatą i ziarniną nie dobrą.

Przypadek 4ty. Sykuterski Antoni, 19 lat liczący, uczeń krawiecki, przyjęty do kliniki dnia 1 lutego rb. Ojciec umarł przed dwoma laty na chorobę piersiową (prawdopodobnie gruźlicę); matka żyje i jest zdrową, również troje rodzeństwa. Dzieckiem będąc nie chorował S. nigdy. W 15 roku życia poczęło go w kolanie prawém „żgać“ i boleć, od 2 lat odnoga poczęła sztywnieć w kolanie i puchnąć, mógł atoli pomimo to chodzić aż prawie do końca czerwca 1879 r. Od tego czasu chodzi o kuli. Przez 4 miesiące leżał w tutejszym szpitalu Sióstr Miłosierdzia w oprawie gipsowéj, ponieważ stan jego nie poprawiał się, przeniósł się do kliniki naszéj, dla odjęcia nogi choréj.

Badanie dnia 1 lutego 1880: Chory miernie odżywiony bez podściółki tłuszczowéj, budowy wysmukłéj. Badanie płuc wykazuje w szczytach oddech nieoznaczony, ale brak wyraźnego stłumienia. Wymiary serca i tony prawidłowe. Cała odnoga dolna prawa wychudła i szczuplejsza (mianowicie na udzie) niż zdrowa lewa. Stopa prawa miernie, lecz wyraźnie obrzmiała. Kolano prawe wrzecionowato obrzękłe od *tuberositas tibiae* aż do szczytu rozszerzonego *recessus quadricipitis*; w środku rzepki obrzęk mniejszy, dla tego cały guz jakby na tém miejscu bruzdą przedzielony. Kłykieć wewnętrzny uda sterczy ku wewnątrz. Obmacanie wykazuje podatność po nad całym guzem, ale chełbotania wyraźnego nie ma. Kłykcie kości goleniowéj dają się łatwo przesuwać w bok na kłykciach kości udowéj, przyczém tarcia nie czuć. Ruchy w stawie kolanowym z powodu bólu utrudnione. Obwód kolana prawego chorego nad rzepką 35 cm. przez środek rzepki 36 cm., pod rzepką 37 cm. Obwód kolana lewego nad rzepką 31 cm., przez środek rzepki 32,5, pod rzepką 31,5. A więc kolano chore znacznie obrzmiałe. Długość obu odnóg równa: 89 cm., od krętarza do kostki zewnętrznéj. Przez chwilę wahaliśmy się, czy mamy wypiłować staw chory, lub stósując się do życzeń chorego odjąć w udzie. Za odjęciem przemawiał przypadek ostatni, tak świeżo jeszcze w naszéj pamięci zapisany. Zdawało nam się atoli, że winniśmy przynajmniéj spróbować wypiłowania, ale zaraz z góry przygotowaliśmy chorego na to, że w razie, gdyby rana po wypiłowaniu nie bardzo się goiła, przystąpimy do odjęcia odnogi w udzie; na co się też chory zgodził. Dnia 4 lutego 1880 wykonał kol. Dr. Wehr w sposób przy poprzednich przypadkach opisany wypiłowania, użyliśmy tylko opaski Esmarcha. Również i oprawa i leczenie pooperacyjne niczém się nie różniło od opisanych. Przepiłowano kość w *diaphysis*. Preparat przedstawia następujące stosunki: Wysokość wypiłowanéj części kości udowéj, przy kłykciu wewnętrznym 5,2 cm., przy kłykciu zewnętrznym 4,7 cm. Wysokość wypiłowanéj części kości goleniowéj na najgrubszém miejscu 2,3 cm. Ognisko kostne: Rozmiękczenie w środku pomiędzy kłykciami kości udowéj. Na kłykciu wewnętrznym daje się część trzonu łatwo od nasady oddzielić. Okostna na trzonie zgrubiała i bardzo łatwo się oddziela. Nader obficie wybujała ziarnina pokrywająca zupełnie powierzchnię stawową; *Recessus* ogromnie rozszerzony; gruzełki w ziarninie.

Przebieg pooperacyjny dobry, jednak długotrwały, odpowiednio do tak znacznych zmian miejscowych i stanu ogólnego nie bardzo pomyślnego. Namieniamy, że wązki pasek płata odumarł, co też cokolwiek opóźniało wyleczenie. (Podobne odumieranie spostrzegaliśmy często i w następujących przypadkach, gdzie użyliśmy opaski Esmarcha, dla tego w końcu używania jéj zaniechaliśmy. Nie wnioskujemy ztąd, jakoby na pewno winę tego przypisywać należało opasce, ale zawsze uderzyło nas, że w innych przypadkach, gdzie jéj nie użyliśmy, zgorzelina nie nastąpiła).

Pod 13ma opaskami przeciwgnilnemi rana zupełnie się zagoiła, aż do miejsc, gdzie dawniéj sączki wystawały. Ciepłota nigdy nie dochodziła 38,8° C., a na początku 3 tygodnia stała się prawidłową. Dnia 10/5 1880, a więc po trzech miesiącach, począł chory chodzić ze szyną boczną [1]): mała ruchomość w stawie wypiłowanym, stan ogólny znacznie się polepszył. Chory może chodzić bez kija i bez podwyższonego napiętka. Skrócenie wynosi 7 cm. Odnoga stoi w zupełnie prostéj linii.

Przypadek 5ty. Richert Maks., 7 lat liczący, syn obywatela wiejskiego, przybył do kliniki dnia 2 marca 1880. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Przed 4 laty miał chory zapalenie opłucnéj po lewéj stronie; potém był zdrów. W sierpniu 1878 r. zeskoczył ze stogu siana 8 stóp wysokiego i od tego czasu skarżył się na ból w kolanie lewém; w listopadzie zaś poczęło kolano grubieć. Zalecone pędzlowanie *c. tinct. jodi* było bez skutku. Wkrótce utworzył się miękki guzek wielkości orzecha laskowego przy kłykciu wewnętrznym, ale się nie otworzył. W sierpniu 1879 r. leżał chory przez 10 dni w klinice Langenbecka w Berlinie, gdzie założono oprawę gipsową, z którą odjechał do domu; a po 6ciu tygodniach napowrót wrócił do Berlina dla zdjęcia oprawy. Założono szynę boczną, z którą chory po powrocie do domu mógł przez kilka dni chodzić do szkoły; potém musiał pozostać znowu w domu z powodu bólu w kolanie; po pokoju mógł jednak chodzić. Na nowy rok 1880 z powodu pogorszenia udano się znów do Berlina, gdzie zalecono pozostawienie dziecka w klinice. Ponieważ rodzice na to się nie zgodzili, pozostawiono dziecko przy szynie. W tym stanie przywieźli rodzice chorego do naszéj kliniki.

Badanie dnia 2/3 1880: Chłopiec na swój wiek dość dobrze rozwinięty, miernie odżywiony, blady. W przyrządach wewnętrznych nie ma zmian. Odnoga dolna lewa nieco chudsza, niż prawa; w kolanie pod kątem 160° zagięta, wyprostować się nie daje, w ogóle ruchy w chorém kolanie bardzo ograniczone. Kolano lewe zgrubiałe; kłykieć wewnętrzny wystaje nieco ku wewnątrz; kłykcie kości goleniowéj nieco ku tyłowi przesunięte; skóra po nad kolanem niezmieniona; chełbotania ani podatności wyśledzić nie można. Odnoga nie

[1]) Namieniamy przy sposobności, że szyny takie żelazne każdy ślusarz może robić, a nasz ślusarz Ebłowski robi je za 14 marek, podczas gdy w dziennikach berlińskich figuruje kwota 30—45 marek.

jest skrócona, chory chodzi o kuli i dotyka ziemi podstawą paluchów. Obwód kolana lewego chorego 27 cm. Obwód kolana prawego zdrowego 24 cm.

Uwzględniając miejscowe zmiany obok bezskuteczności dotychczasowego leczenia konserwatywnego przystąpiłem dnia 4 marca 1880 r. do **wypiłowania** kolana chorego, poprzednio założywszy opaskę Esmarcha. Wypiłowanie, jak i leczenie pooperacyjne urządziłem zupełnie podobnie do opisanych. Cięcie resekcyjne trafiło w udzie częściowo chrząstkę nasadową, w kości goleniowéj przechodziło w nasadę po nad chrząstką.

Opis preparatu wypiłowanego: Wysokość części wypiłowanéj kości udowéj przy kłykciu wewnętrznym 2,8 cm., przy kłykciu zewnętrznym 2,6 cm. Od kości goleniowéj wypiłowaliśmy cienką blaszkę. Ogniska kostnego nie można znaleść. Przy kłykciu zewnętrznym kości udowéj mały kawałek wypiłowanéj nasady łatwo się oddziela od chrząstki, tamże tkanka kostna przekrwiona, na odpowiedniém zaś miejscu wewnątrz kość zupełnie blada. Powierzchnie stawowe kości udowéj goleniowéj i rzepki okala dość liczna wodnista ziarnina, przechodząc tu i owdzie na ich brzegi; ale większa część chrząstek nieuszkodzona; gruzełki tylko na niektórych miejscach i mniéj licznie natrafiamy.

Przebieg pooperacyjny był nadzwyczaj pomyślny, z wyjątkiem podwyższenia jednorazowego (dnia 3) na 38,0 ciepłota była zawsze prawidłowa; ropienia wcale nie było. Pod 5 oprawami przeciwgnilnemi rana po wypiłowaniu w przeciągu 38 dni zupełnie się zagoiła z wyjątkiem małego paska na brzegu płata, który przeszedł w gangrenę i wstawanie cokolwiek opóźnił. Dnia 1/5 1880 r., a więc niespełna w 2 miesiące po wypiłowaniu chory począł przy szynie bocznéj chodzić. Dnia 15 maja opuścił zakład, a badanie tegoż dnia wykazało: ranę zupełnie zagojoną, skrócenie wynosi 1,8 cm., chory wybornie chodzi, bez bólu; odnoga zupełnie prosta, w kolanie nie zagięta.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O kile (*syphilis*) układu nerwowego.

Na podstawie prac nowszych i postrzeżeń własnych

napisał Dr. S. Domański,
Profesor chorób nerwowych w Uniw. Jagiel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

III.

3. Anatomii patologicznéj kiły układu nerwowego całkowicie jeszcze nie opracowano; to, co dotychczas wiemy, da się streścić jak następuje:

1) Są przypadki wprawdzie rzadkie, w których badanie anatomiczne nie wykrywa zmian żadnych albo tylko takie, które nie mają szczególniejszego znaczenia i przypadów za życia postrzeganych wcale nie tłumaczą. Po dokładném przejrzeniu odnoszących się do nich historyj chorób sądzi Heubner, że są to przypadki okazujące wiele podobieństwa do niedołęztwa umysłowego z porażeniem (*dementia paralytica*), w którém dopiero nowszemi sposobami wykryto pewne zmiany anatomiczne. Toż samo powiedziećby można o ostrém porażeniu dośrodkowém (*paralysis ascendens acuta*), jeżeli rzeczywiście polega na kile. Wątpić zresztą nie można, że przypadki kiły układu nerwowego bez zmian anatomicznych wykazać się dających będą coraz rzadsze.

2) Najczęściéj znajdujemy wyraźne zmiany, które nagabują układ nerwowy wprost albo przenoszą się nań z części sąsiednich, osobliwie kości.

Pierwsze występują albo w substancyi nerwowéj albo w częściach innego rodzaju do niéj należących, tj. naczyniach i oponach a pod względem swego stosunku do kiły są dwojakie: swoiste czyli bezpośrednie, tj. wprost przez kiłę wywołane i następowe czyli pośrednie, które są skutkiem pierwszych.

Tak np. kilak jest swoistą, bezpośrednią zmianą kiłową a ucisk przezeń wywarty na pewne nerwy i wynikłe ztąd skutki są zmianami następowemi, prostemi, które w sobie nie mają nic dla kiły charakterystycznego, bo takież same skutki mogą powstać przez ucisk każdego innego guza. Rozróżnienie to, jak późniéj zobaczymy, pod względem klinicznym nader wielkiej jest wagi.

Nakoniec pamiętać należy, że jakkolwiek różne są objawy kiły układu nerwowego, zmiana anatomiczna przecież syfilityczna w układzie nerwowym nie ma w sobie nic szczególnego, wyłącznie temu układowi właściwego, czyli innemi słowy: zmiany syfilityczne w układzie nerwowym są téż same, jakie spotykamy gdzieindziéj, i przedstawiają tylko takie różnice, jakie pochodzą z osobnych warunków w układzie nerwowym.

Zmiany te w układzie nerwowym polegają na bujaniu nieprawidłowém komórek, z których powstają nacieki mniéj lub więcéj ograniczone albo rozlane. Z nacieków tych powstają stwardnienia (*scleroses*) lub kilaki (*gummata*): stwardnienia wtedy, gdy komórki zachowując swoją żywotność mnożą się i tworzą pewien rodzaj tkaniny wśród pierwocin danemu miejscu właściwych, która potém tężejąc z jednéj strony prowadzi do powstania substancyi mało podatnéj, włóknistéj, z drugiéj do ucisku części wśród niéj zawartych i dalszych ztąd skutków, jak zaniku całkowitego lub częściowego pierwocin prawidłowych. Kilaki zaś powstają wtedy, gdy komórki wybujałe nie mając dostatecznéj żywotności prędzéj lub późniéj obumierają i tworzą masę serowatą, szarą, żółtawą lub czerwono-szarą, w wielu razach nader podobną do gruzełka, od którego zdaniem niektórych nowszych badaczy nie można jéj w wielu przypadkach na pewne rozróżnić, odkąd przekonano się, że ani gruźlica ani kiła nie sprowadzają osobnych zmian anatomicznych im tylko właściwych, i że z téj przyczyny nieraz rozróżnienie jest możebne tylko na podstawie etyjologii, na co mianowicie Cohnheim dla gruźlicy w ostatnich czasach szczególniejszy położył nacisk.

Trzymając się tego ogólnego poglądu na zmiany anatomiczne przez kiłę w układzie nerwowym wywołane łatwo przyjdzie pojąć to, co dotychczasowe badania wykryły na tém polu.

Pod względem miejsca dzielimy zmiany kiłowe w układzie nerwowym na zmiany w mózgu, zmiany w rdzeniu pacierzowym i zmiany w nerwach na obwodzie.

4. Co do mózgu następujące okoliczności zasługują na uwagę:

Naprzód zmiana kiłowa nie nagabuje nigdy całego mózgu, lecz zawsze tylko jego części i ani cała substancyja nerwowa ze swém podścieliskiem, ani całe opony, ani cały układ naczynny w mózgu nie ulegają zmianie kiłowéj, lecz tylko znów ich oddziały.

Daléj również godném jest uwagi, że prawie zawsze zmiana anatomiczna występuje nie w jednem, lecz kilku

ogniskach pierwotnie lub następowo, i że te ogniska prawie nigdy nie zajmują miejsc symetrycznych w mózgu.

Wszystko to pod względem klinicznym ma bardzo wielkie znaczenie, do którego później jeszcze wrócimy.

Dla lepszego zrozumienia rzeczy zajmiemy się zmianami anatomicznemi naprzód w oponach, następnie naczyniach, nakoniec w substancyi nerwowéj mózgu.

5. Zmiany kiłowe w oponach polegają tak samo, jak późne zmiany w różnych innych organach na bujaniu naprzód komórek a następnie ich twardnieniu lub przemienianiu się w kilaki, z czego powstaje, rzec można, zapalenie opon ze stwardnieniem i zapalenie opon z utworzeniem kilaków.

Najczęstszém jest zapalenie ze stwardnieniem, przezco powstają zgrubienia, dochodzące do kilkokrotnego powiększenia pierwotnych wymiarów. Jeżeli zgrubienie jest ograniczone, nabiera nieraz podobieństwa do małych guzów. Skutkiem konsolidacyi tkaniny świeżo utworzonéj nabiera opona barwy białawéj, wejrzenia włóknistego, nawet ścięgnistego. Zgrubienie takie jest zazwyczaj miejscowe, nieraz po wielu ogniskach rozsiane, rzadko bardzo rozlegle. Każda z opon może dać początek takiemu zgrubieniu, które atoli powiększając się przechodzi nareszcie z jednych opon mózgowych na drugie i tworzy z nich masę jednolitą, któréj początek zazwyczaj nie daje się wyśledzić, i która ostatecznie prowadzi do zrośnięcia się opon ze sobą lub z mózgiem. Tym sposobem powstaje warstwa tęga, która lubo kile nie jest wyłącznie właściwą, przecież ma nader wielkie znaczenie dla objawów kiły mózgowéj.

Zapalenia opon kilakowe są wprawdzie dosyć częste, jednak o wiele rzedsze, niż zapalenia ze stwardnieniem; występują albo samodzielnie albo łączą się z formą poprzednią. Siedzibą ich jest najczęściéj twardówka, rzedziéj naczyniówka, bardzo rzadko pajęczówka. Z początku można oznaczyć pierwotne miejsce zapalenia; późniéj, gdy zmiana chorobowa zajmuje wszystkie opony, niepodobna dojść, zkąd wyszła pierwotnie.

Zapalenie kilakowe występuje albo w formie rozlanéj tworząc kępki (*plaques*) płaskie, sérowate, żółtawe, rozległości od kilku milimetrów do kilku centymetrów kwadratowych i ma podobieństwo do ropy jakoby zsiadłéj na zwojach lub oponach albo tworząc obrzmienia ograniczone, jak kilaki w innych organach.

Rozmiary tych obrzmień są rozmaite: od wielkości soczewicy do wielkości orzecha laskowego, włoskiego, nawet niekiedy jaja kurzego. Takie kilaki wielkie znajdują się zwykle na podstawie mózgu koło skrzyżowania nerwów wzrokowych. Zazwyczaj bywa ich więcéj niż jeden. Lubo kilaki być mogą w każdém miejscu opon, najczęściéj atoli znajdujemy je na półkulach i na podstawie mózgu, szczególniéj koło siodła tureckiego.

Zapalenie opon jednego i drugiego rodzaju ma nader wielkie znaczenie kliniczne z jednéj strony, ponieważ jest bardzo częste, z drugiéj ponieważ wywiera szkodliwy wpływ na części sąsiednie: nerwy, naczynia i samęż substancyję mózgową.

Wiadomy jest bliski stósunek nerwów wychodzących z czaszki do opon: jeżeli te ulegają przerzeczonym zmianom chorobowym, łatwo przyjść może i rzeczywiście przychodzi do ucisku odpowiednich nerwów, czego następstwem będzie z początku utrudnienie lub zniesienie właściwéj im czynności fizyjologicznéj a późniéj i zmiana anatomiczna, mianowicie zanik; skutkiem jednego i drugiego będą porażenia nerwów wychodzących z czaszki, porażenia, które, jak późniéj zobaczymy, są ważnemi przypadami kiły mózgowej.

Na mózg zmiany opisane wpływają raz przez to, że przy ścisłym związku opon z mózgiem zmiany anatomiczne pierwszych zajmują z czasem samęż substancyję mózgową, powtóre, że powstają zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu. Jak wiadomo, zwoje mózgowe odżywiają się krwią z naczyń przechodzących z naczyniówki do mózgu. Jeżeli ta więc ulegnie zmianom chorobowym, łatwo przyjdzie do uciśnienia, zwężenia, nieraz nawet zupełnego zatkania naczyń, przezco krążenie krwi może być upośledzone a nawet zupełnie wstrzymane a rezultatem tego będzie zmiana w odżywianiu substancyi osobliwie szaréj, któréj naczynia są bardzo drobne, zmiana, jak łatwo pojąć, nader wielkiego znaczenia.

6. Zmiany w naczyniach są dwojakie: następowe i pierwotne:

Następowe są skutkiem zmian przez kiłę wywołanych w częściach sąsiednich w ten sposób, że z nich zmiana chorobowa przenosi się na naczynia, albo że je po prostu uciska. O skutkach ucisku na naczynia wspomnieliśmy właśnie. Jest także rzeczą bardzo podobną do prawdy, że naczynia są niekiedy jakoby przewodnikami, po których zmiany kiłowe dostają się do głębszych części mózgu, jeżeli raz pojawiły się na jego powierzchni. Zmiany, o których mowa, dotyczą głównie tętnic, rzadko żył, jak tego Virchow opisał jeden przypadek, w którym przyszło do zakrzepu w zatoce poprzecznéj skutkiem ucisku ze strony zapalonéj twardówki.

Zmiany pierwotne rozwijają się samodzielnie w ścianach naczynnych pod wpływem zakażenia kiłowego i nie różnią się niczém od wytworów kiły w innych organach, polegając na bujaniu komórek, które rychléj lub późniéj prowadzi do stwardnienia lub kilaka.

Zapalenie tętnic ze stwardnieniem rozwija się najczęściéj w ten sposób, że między błoną okienkową a przybłonkiem tętnicy powstaje prawdopodobnie z białych ciałek krwi, które tamże dostały się z naczyń odżywczych, tkanka z komórek gwiaździstych i wrzecionowatych. Tkanka ta powiększa się w dwóch kierunkach: wzdłuż i w poprzek naczynia; w poprzek naczynia tak, że ów naciek opisany mając z początku kształt półksiężyca obejmującego pewną tylko część naczynia powoli szerzy się naokoło naczynia a ponieważ rośnie i dośrodkowo, tém samém naczynie to zwęża. Szerząc się w kierunku naczynia zmiana ta zajmuje coraz dalsze jego części a nawet nagabuje naczynia sąsiednie i nabiera coraz większego znaczenia. Tkanka nowa w ten sposób raz powstała tężeje coraz bardziéj, z miękkiéj i wiotkiéj staje się twardą i niepodatną, kurczy się, co jeszcze bardziéj przyczynia się do zwężenia naczyń.

Makroskopijnie naczynia tak zmienione mają ściany w pewnéj części lub całym obwodzie zgrubiałe, z kępkami rozmaitéj wielkości z nacieklych a następnie przeobrażonych komórek, są twarde, niepodatne i z podłużnego nabierają okrągłego przecięcia.

Kilaki w samych ścianach naczynnych czyli zapalenia kilakowe tętnic są o wiele rzedsze, niż zmiany właśnie opisane. Kilaki takie przedstawiają się jako nacieki żółtawe w ścianach naczynnych w postaci bądź blaszek bądź ziarn okrągłych rozmaitéj wielkości.

7. Na tém miejscu wypada zastanowić się nieco dokładniéj nad znaczeniem opisanych zmian w tętnicach, przy-

czém pozwolimy sobie przywieść na pamięć niektóre daty z anatomii i fizyjologii.

Przerzeczone zmiany występują wyłącznie w tętnicach a łatwo pojąć, że zwężenie tętnic prowadzi do utrudnienia obiegu krwi tak dla tego, ponieważ w naczyniu zwężoném opór dla prądu krwi jest powiększony, jak i dla tego, ponieważ przez utratę podatności i sprężystości naczynia odpada ważny dla regulacyi prądu czynnik. Jeżeli zwężenie wysokiego jest stopnia, przyjść może do zupełnéj obliteracyi naczynia, które przemienia się powoli w twarde pasmo ścięgniste, a tém samém do utraty jego funkcyi i do zakrzepu krwi.

Przerwanie krążenia krwi w pewném naczyniu bądź w jeden, bądź w drugi sposób, nie może pozostać bez dalszych następstw dla substancyi nerwowéj, która, jak jest czułą nawet na sam rodzaj krwi: żylnéj lub tętniczéj, żywo odpowiada na niedostateczny lub wcale wstrzymany dopływ tego koniecznego dla niéj materyjału odżywczego.

Ażeby zrozumieć dobrze następstwa zmian kiłowych w tętnicach, wypada nam zboczyć na chwilę i zatrzymać się nad stósunkiem tętnic do substancyi mózgowéj.

Poszukiwania Heubnera wykazały, że pod względem stósunku drobnych tętnic do mózgu dwa w tym organie odróżnić należy od siebie okręgi: podstawowy i korowy. W okręgu podstawowym, do którego należy substancyja biała na podstawie mózgu i zwoje stanowiące komórki, mamy tętnice końcowe tj. tętnice o średnicy mniéj niż $^1/_2$ mm. wynoszącéj, które wchodzą w kierunku prostopadłym do mózgu, rozgałęziają się w nim, ale nie łącząc z naczyniami sąsiedniemi przechodzą w naczynia włosowate a następnie żyły. W okręgu korowym dzieje się inaczéj: tętnice dla substancyi szaréj na powierzchni mózgu przeznaczone biegną w naczyniówce, rozdzielają się w niéj na coraz drobniejsze naczynia, które łączą się z naczyniami sąsiedniemi i tworzą sieć, z któréj dopiero wychodzą naczynia już włosowate w kierunku prostopadłym do mózgu.

Z tych stósunków anatomicznych wywodzą się różne dla mózgu następstwa zmian kiłowych w tętnicach; i tak jeżeli zmiana ta dotyka okręgu podstawowego, wtedy bardzo łatwo przyjść może do wszelkich skutków niedostatecznego lub całkowicie wstrzymanego dopływu krwi, które krążeniem obocznem wyrównać się nie może, jedném słowem do zmian w ogólności ciężkich, nierzadko stałych. Zupełnie przeciwnie dzieje się w okręgu korowym; i tam mózg jest czuły na krążenie krwi tętniczéj, ale wstrzymanie jéj dopływu przez jednę tętnicę może sprowadzić tylko chwilowy brak, bo wkrótce reguluje się obieg krwi oboczny przez sąsiednie tętnice i wszystko wrócić może do prawidła.

Nad ważnemi temi stósunkami zastanowimy się jeszcze późniéj; tu tylko dodać wypada, że ostatniemi czasy zaczęto zaprzeczać znaczenia swoistego opisanych zmian w tętnicach, co zresztą dla krążenia krwi jest obojętném. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w król. Galicyi i Lodomeryi z W. ks. krakowskiém, zebrał, ułożył porządkiem chronologicznym i wydał Dr. Julijan Olpiński w Trembowli. Tom III. Tarnopol 1880; in 8vo str. XV i 378.

Gdy przed 3 laty ukazał się zbiór austr. ustaw sanitarnych Obentrauta, powitaliśmy go (Przegląd Lek. 1877, Nr. 1), pomimo że ogłoszony został w języku niemieckim i pomimo, że zbiór ten uwzględniał po części tylko przepisy, wydane dla poszczególnych krajów koronnych. Że ukazanie się onego było na czasie, dowodzi okoliczność, że znajduje się w rękach wielu lekarzy, a zwłaszcza obejść się bez niego nie mogą lekarze, piastujący urząd publiczny, oraz lekarze, przystępujący do egzaminu rządowego. A jednak zbiór Obentrauta jest niedostatecznym dla lekarza, którego przeważnie obchodzą ustawy obowiązujące w Galicyi, pomijając już, że jest napisany w języku niemieckim.

Dla tego prawdziwa wdzięczność należy się koledze, który śród zajęć zawodowych zdobył się na mozolną, a w naszych warunkach nawet ryzykowną pracę zestawienia wszystkich przepisów sanitarnych, w Galicyi obowiązujących, a przez to dostarczył kolegom dzieła, które nie tylko czyni zbytecznem posiadanie niemieckiego, ale jest nierównie odpowiedniejszém, o ile napisane w języku polskim uwzględnia potrzebę lekarzy galicyjskich. Z tego powodu pospieszamy ze zwróceniem uwagi kolegów na tę książkę, która właśnie ujrzała światło dzienne, a z obowiązku, ciążącego na nas, wywiązujemy się tém chętniéj, o ile Dr. Olpiński ze swego zadania wywiązał się bardzo dobrze.

Jeżeli w ogóle jest zasługą, że lekarz na prowincyi zajmuje się pracą literacką, to zasługa ta jest tém większą, jeżeli praca jest dobrą i pożyteczną dla ogółu. Przyznajemy w prostocie ducha, żeśmy się ucieszyli serdecznie na sam widok książki pokaźnéj, ogłoszonéj przez lekarza prowincyjonalnego w drukarni tarnopolskiéj i żywo pragniemy, aby książka ta była zwiastunką ruchu literackiego, którego dotąd na prowincyi nie było. Przejrzawszy zaś zbiór nabyliśmy przekonania, że posiada i prawdziwe zalety nie tylko pod względem typograficznym i językowym, ale i co do treści saméj.

W przedmowie autor zapowiada, że wszystkie ustawy zdrowotne obejmuje w 3ch działach, którym odpowiadają 3 tomy. W 1szym tomie mieścić się będą ustawy ogłoszone przed pierwszą organizacyją służby zdrowia w r. 1850 w drugim ustawy i przepisy wydane między r. 1850 a 1870, a w ostatnim przepisy najnowsze. Wydawnictwo rozpoczął autor w porządku odwrotnym, ogłaszając nasamprzód tom III, jako zawierający ustawy najnowsze, których znajomość, dla każdego lekarza jest najpotrzebniejszą; tom zaś 1szy i 2gi już znajdują się w druku. W tomie, który mamy przed sobą, spotykamy się z ustawami i przepisami, ogłoszonemi nie tylko przez rząd centralny, ale i przez Namiestnictwo galicyjskie i Wydział krajowy; pod tym względem więc wydanie Dra Olpińskiego wyróżnia się już korzystnie od wydań niemieckich. Drugą zmianą nader praktyczną jest umieszczenie przepisów w porządku chronologicznym, co obok podwójnego spisu: chronologicznego i alfabetycznego znakomicie ułatwia szukającemu odnalezienie natychmiastowe przedmiotu.

Spodziewamy się, że Dr. Olpiński dotrzyma przyrzeczenia i wyda niezadługo dwa pierwsze tomy: wtedy posiadać będziemy w języku polskim zbiór, nierównie lepszy i praktyczniéj urządzony, aniżeli Obentrauta. Znaczenia takiego zbioru zapewne nie lekceważy żaden lekarz, który z ustawami i przepisami sanitarnemi pragnie obznajomić się, zwłaszcza lekarz, który bądź na stanowisku urzędowém, bądź w piśmiennictwie odwoływać się musi do pewnych ustępów ustawy; wiemy z własnego doświadczenia, że nie mając zbioru kompletnego w języku polskim musieliśmy nieraz tłuma-

czyć całe ustępy, co przecież do przyjemności nie należy. Z tego powodu przekonani jesteśmy, że zbiór w mowie będący znajdzie się wkrótce w rękach nie tylko lekarzy, ale i aptekarzy, weterynarzy, urzędników administracyjnych itd., i że wydawca nie pożałuje ani trudu, ani wydatków pieniężnych, łożonych na dzieło ze wszech miar praktyczne, bo potrzebne i dobre. *L. Blumenstok.*

Dr. Bertillon. **O jednéj z dróg któremi szerzą się ospa i dyfteryja. (Rozszerzanie się tych chorób w sąsiedztwie szpitali).**

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

W rozprawach nad wykładem Dr. Bertillona Dr. Brouardel objawił zdanie, że szerzenie ospy odbywa się przez rozpraszanie strupków ospowych. Dowodem tego okoliczność, że czas dżdżysty, gdy powietrze wypłukane ze wszystkich pyłów mniéj też zawierać musi zarazków, wpływa na zmniejszenie się liczby chorych na ospę. Ponieważ nie podobna znać ogólnéj liczby dotkniętych ospą, Dr. Brouardel mógł więc tylko uwzględniać liczbę zgonów i przedstawił ją graficznie na tablicy wraz z ilością opadów w każdym tygodniu. Gdy okres wylęgania w ospie trwa mniéj więcéj dni 12 a śmierć następuje najczęściéj około 8—9 dnia, wpływ więc deszczu mógł się zawsze dopiero w mniéj więcéj 21 dni późniéj uwydatnić. Istotnie też wahania linij przedstawiających zgony i opady nie odpowiadały sobie, ale wahania opadów wyprzedzały o 3 tygodnie wahania w linii zgonów. Tygodniowi dżdżystemu odpowiada w 3 tygodnie późniéj zmniejszenie się śmiertelności, a posusze kilkutygodniowéj wzmożenie śmiertelności.

Dr. Vidal przytoczył na poparcie tych zapatrywań spostrzeżenie ze szpitala w Bordeaux. Naprzeciw szpitala znajdowały się tam koszary. Przypadki śmierci na ospę wydarzały się najczęściéj pomiędzy żołnierzami, którzy zajmowali sale położone naprzeciw sal dla ospą dotkniętych. Dr. Collin również oświadcza się za zapatrywaniami Dr. Bertillona, dalszy jednak powód szerzenia się ospy w okolicy Hôtel Dieu upatruje w usposobieniu pewnéj kategoryi mieszkańców, która w téj dzielnicy wyjątkowo jest liczną, tj. robotników świeżo przybyłych z departamentów, a którzy znajdują umieszczenie w licznych gospodach. Częste zmiany miejsc pobytu tych ludzi powtórnie nieszczepionych oraz nagromadzenie ich tworzą zdaniem Dr. C. grunt przyjazny dla epidemij.

Dr. Blondeau zwrócił jeszcze uwagę na to, że jeżeli przypuścimy prawdziwość zapatrywań Dr. Bertillona: iż zarażenie odbywa się przez strupki, to kierunek wiatrów znaczny wpływ wywierać musi.

W końcu Dr. Vidal przypomniał, że wpływ wielkich szpitali na rozszerzanie się chorób nagminnych objawił się także w czasie epidemij cholery w roku 1832 i 1849.

Nad tymże przedmiotem toczyły się jeszcze rozprawy i na następnym posiedzeniu Tow. med. publ., w których Dr. Vallin zwrócił uwagę na przypadki podobne do opisanych przez Dra Bertillona, a które podają lekarskie dzienniki angielskie. W Londynie w ostatnich czasach założono 5 szpitali specyjalnych dla chorób zakaźnych w ogóle a dla ospy w szczególności. Od czasu ich utworzenia mieszkańcy sąsiednich dzielnic poczytywali je za ogniska epidemij ospy, właściciele zaś sąsiednich domów domagali się zamknięcia tych szpitali i odszkodowania, twierdząc, że domy ich z powodu niebezpieczeństwa i obawy ospy na wartości straciły. Rzecz wytoczyła się przed sądy, które jeszcze stanowczego w téj sprawie wyroku nie wydały.

W czasopiśmie *The Lancet* (w Nrze z 15 maja r. b.), Dr. Godrich zamieścił znów list pełen szczegółów wykazujących, jak szkodliwie szpital Fulham na sąsiednią dzielnicę oddziaływa. Od 3 lat nie ustaje epidemija ospy w sąsiedztwie tego szpitala a ilekroć zwiększa się liczba chorych w szpitalu, tylekroć wzmaga się téż i nasilenie epidemii w sąsiedztwie szpitala mimo, że domy przyległe są nowe, dobrze osuszone a ludność ich schludna, gdy domy daléj położone stare, przepełnione, źle utrzymywane zamieszkuje ludność nędzna i brudna. W czasie nasilenia się epidemii r. 1878 wszelkie przypadki, jakie przychodziły do szpitala, pochodziły z 15 ulic, których okna ku szpitalowi były zwrócone. W celu zapobieżenia rozchodzeniu się przyrzutów Dr. Godrich proponuje przeprowadzać powietrze w salach skażone przez wspólny komin, w którym ciągle żarzyć się będą węgle.

Inni lekarze londyńscy nie podzielają zdania Dr. Godricha i nie upatrują przyczyn téj epidemii w istnieniu szpitala, gdyż domy, w których przydarzyła się większa część przypadków ospy leżą téż koło cmentarza, z równém więc prawem możnaby cmentarz o przyczynianie się do szerzenia epidemii obwiniać.

Z drugiéj znów strony przytacza Vallin przypadki, w których szpitale dla ospowatych nie wywierały szkodliwego wpływu na otoczenie. Rzecz więc nie jest stanowczo rozstrzygniętą, nie powinno to jednak wpływać na porzucenie myśli urządzenia szpitali specyjalnych; należy tylko o pewnych ostrożnościach pamiętać. Nie wystarcza, aby szpitale specyjalne leżały zdala od środka miast, aby były oddzielone od domów sąsiednich szerokiemi bulwarami lub ogrodami, ale trzeba wstrzymywać stósunki, jakie ciągle mają miejsce przez odwiedziny krewnych, przez służbę lub rzeczy, bo w nich tkwi zdaniem Dr. V. główna przyczyna szerzenia się chorób na zewnątrz. Ludność zamieszkująca dzielnicę do szpitala przyległą mieści w nim chorych a ta bliskość ułatwia i wzmaga częstość odwiedzin, być téż może że sąsiednie szynki, w których w wolnych chwilach gromadzą się pielęgniarze z oddziałów dla ospowatych, może nawet bez zmiany sukien, również odgrywają rolę w szerzeniu się epidemij.

W tych odwiedzinach i stosunkach wypada téż może szukać wytłumaczenia tego szerzenia się epidemij koło szpitali a nie tylko w roznoszeniu przyrzutów przez wiatr. Odwiedziny więc chorych w szpitalach dla ospowatych należałoby ograniczyć do tych przypadków, w których lekarz osobne do tego da upoważnienie, jak to ma miejsce w Anglii, nad rzeczami zaś i służbą wypada ścisły rozciągnąć nadzór. Na poparcie tych zapatrywań Dr. Vallina przytoczył Dr. Du Mesnil, że w szpitalu św. Andrzeja w Bordeaux w pobliżu oddziału dla ospowatych znajduje się oddział dla chorób wewnętrznych, a mimo to ospa nigdy nie przenosiła się z pierwszego na drugi. Zdaniem jego w dzielnicy paryskiéj Sorbonne prócz oddziału dla ospowatych, należącego do szpitalu Hôtel Dieu, istnieją inne jeszcze ogniska zarazy; zwraca np. uwagę na zajmujących się czyszczeniem pościeli po zmarłych na ospę, którzy nie zachowują odpowiednich ostrożności i przytacza przypadek, w którym w ten sposób nastało zarażenie. Upatruje on nawroty epidemii ospy po r. 1870 w wchodztwie i w wychodztwie ludności rzemieślniczéj. Po r. 1870, gdy budowy wstrzymano, przeszło 80.000 robotników opuściło Pa-

ryż a ospa znikła, po r. 1872, gdy znów rozpoczęto budowy, przybywający robotnicy nowego dostarczyli materyjału.

W dalszym toku rozpraw Dr. Desprès wykazuje, że dawniéj, gdy nie było oddziałów dla ospowatych i gdy szczepienie powtórne nie było zalecane, epidemije ospy nie dosięgały takich rozmiarów, jak epidemija r. 1869 i 1870 (przed wojną) w czasie któréj zmierało tygodniowo do 267 osób lub obecna, w któréj liczba zgonów w tygodniu dochodzi do 70, pomimo, że nigdy nie szczepiono tyle co obecnie. Chorzy zarażają się obecnie w oddzialach szpitalnych.

Przeciw zapatrywaniom tego mowcy wystąpił Dr. Collin nie przecząc, że oddziały dla ospowatych w szpitalach powszechnych są nieodpowiedniemi, bo nigdy nie są dość odosobnionemi a sąsiedztwo ich oddziaływa na ludność szpitalną bądź przez służbę bądź przez pościel itd. Odosobnienie dokładne może mieć miejsce jedynie w odrębnych szpitalach dla ospowatych lub w oddziałach posiadających osobne wejścia, służbę, rzeczy od szpitali powszechnych do których należą. Desprès opiera swe mniemania głównie na łatwości zarażenia, gdy się większą liczbę chorych na ospę razem zgromadzi, biorąc analogiję z niebezpieczeństwa wynikającego z większego nagromadzenia rannych, położnic, gdy rozdzielenie takich chorych tyle przedstawia korzyści. Z ospą jednak inaczéj rzecz się ma, nie tylko można ale należy, w większych przynajmniéj miastach, zakładać odrębne szpitale dla ospą dotkniętych, bo w nich będą się chorzy mieli równie dobrze jak w odosobnionych oddziałach szpitali większych a nie będą dla nikogo stanowić niebezpieczeństwa.

Dr. Proust zwraca uwagę, że dawniéj w szpitalach często stósunkowo zapadali na ospę rekonwalescenci, zwłaszcza po durze, obecnie zaś to się nie zdarza.

W dalszych rozprawach dotknięto jeszcze skuteczności szczepienia i powtórnego szczepienia, któréj Dr. Desprès przeczył, gdy reszta przemawiających przeciwnego była zdania; nie streszczamy jednak tych przemówień, bo sprawa ta nie zostaje w ścisłym związku z przedmiotem, który dał powód do tych ciekawych rozpraw.

(Według protokółu posiedzeń paryskiego towarzystwa med. publ. w *Revue d'hyg.* 1880 r. Nr. 5 i 6).

Dr. Grabowski.

Uthhoff (w Berlinie). **Przyczynek do kazuistyki chorób ocznych powstałych w skutek chorób zakaźnych.**

Przypominając nasze sprawozdanie z pracy Dr. Trompetera (zob. Przegl. Lek. Nr. 24 z r. b.), dotyczącéj epidemii duru powrotnego w Wrocławiu, podajemy spostrzeżenia Uthhoffa, który badał oczy chorych na dur powrotny, leczonych podczas epidemii z lat 1879 i 1880 w Berlinie na oddziale Dr. Guttmanna.

Zapalenie prawie we wszystkich przypadkach zajęło przodową część naczyniówki, a w pewnéj ilości przypadków powikłane było z zapaleniem tęczówki. Zapalne objawy, a mianowicie nastrzykanie rzęskowe, bóle, łzawienie, i światłowstręt były bardzo wyraźne, w kilku jednak przypadkach wcale nie wystąpiły, w skutek czego właśnie w takich przypadkach, w razie, jeżeli się wziernikiem nie bada, a chory nie jest bardzo inteligentny i nie uskarża się na nieznaczne czasem upośledzenie wzroku, stan chorobowy może ujść uwagi lekarza. Wypocin plastycznych w naczyniówce wcale nie spostrzegano, męty w ciałku szklaném zaś zauważano we wszystkich przypadkach.

Zapalenie naczyniówki występowało bez wyjątku już po przebytym durze powrotnym a więc po ostatnim napadzie i to najrychléj w pierwszym tygodniu w 2 przypadkach, najpóźniéj zaś w trzecim miesiącu. Raz tylko już po wystąpieniu zapalenia naczyniówki miał chory jeszcze jeden napad duru. Zresztą opis obrazu chorobowego w niczém się nie różni od opisu Dra Trompettera, do którego czytelników odsyłamy. Poczucia światła, które badane fotometrem Förstera ma być we wszystkich przypadkach znacznie upośledzone a nawet i w tych, gdzie bystrość wzroku jest prawidłową, nie badano. Leczenie było przeciwzapalne; w 2 przypadkach zastósowano wcieranie szaruchy, morfin i upust krwi.

Najsamprzód zwrócił uwagę na zapalenie przodowéj części naczyniówki po durze powrotnym Wallace (1826) a spostrzegał je podczas epidemii w Irlandyi. Bardzo dokładnie opisuje tę chorobę Mackenzie w r. 1843 pod nazwą *Ophthalmia postfebrilis.* Logeczników spostrzegał w Moskwie 1866 — 1870 przeszło 700 przypadków chorób ocznych po durze powrotnym, a późniéj opisali Estländer epidemiję w Finlandyi, Blessig w Petersburgu, Peltzer w Berlinie, a wreszcie Müller i Larionów epidemije w prowincyjach rosyjskich.

Wreszcie wspomina U. o przypadku zapalenia pozagałkowego lewego nerwu wzrokowego i o drugim przypadku, gdzie wystąpiło porażenie lewego mięśnia zewnętrznego prostego, w jednym i drugim po zimnicy. Pierwszy z tych chorych dotąd chininu nie używał, po zbadaniu powrócił do domu, tak że go daléj obserwować nie można było, porażenie zaś mięśnia u drugiego chorego po zadaniu chininu ustąpiło. Autor sądzi, że w obu przypadkach choroba powstała skutkiem działania zimniczéj istoty zakaźnéj, z czego wynika wskazanie zadawania chininu w takich przypadkach. (*Deutsche medizinische Wochenschrift* Nr. 23, 1880 r.).

Dr. E. Machek.

Wiadomości pomniejsze.

Otrucie chloroformem. W *The Lancet* Nr. XXI, a więc równocześnie z przypadkiem prof. Bryka, opisanym w Przeglądzie Lekarskim, jest krótka wzmianka bezimienna o śmierci w skutek wziewania chloroformu. Kobiecie dobrze odżywionéj, nerwowéj, lecz bez śladów wady serca, wycinano raka prawéj piersi. Rękoczyn (przy użyciu chloroformu) trwał 25 minut, oddech i tętno były dobre. Pierwszym objawem złowrogim była siność nagle występująca przy zakładaniu ostatnich szwów. Wyciągnięto język, zarządzono sztuczne oddychanie, lecz chora umarła w przeciągu trzech minut. Badania pośmiertnego nie było.

Dr. Bogdanik.

(A. O.). Zdaje się, że niektóre twierdzenia, zawarte w ostatniéj pracy Nussbauma, wywołały ruch między zwolennikami antiseptyki. I tak zastanawia się Volkmann w ostatnim Nrze *Centrbtt. f. Chirurgie*, czy może chirurg lub położnik przedsiębrać otwarcie zwłok. Odpowiada on na to pytanie naturalnie twierdząco i motywuje to własném doświadczeniem: co roku bowiem miewa on w lecie od 6—8 rano kurs operacyjny, z którego po krótkim wypoczynku zmieniwszy wierzchnie ubranie i po dokładnéj dezinfekcyi rąk 5% rozczynem kw. karbolowego udaje się do kliniki, gdzie czynny udział bierze tak w opatrunkach jako też i w operacyjach, a mimo to, jak wiadomo, przypadki jego przebiegają zupełnie aseptycznie. Nigdy nie widział on potrzeby zmiany bielizny lub wzięcia całéj kąpieli. Za najważniejsze uważa V., aby wszystko, co się styka z raną, było czystém, i dobrze dezinfekcyjonowaném a więc narzędzia, ręce, narząd

opatrunkowy itd., do każdéj operacyi wkłada on świeżo wypraną kapotę płócienną. Natomiast stanowczo uważa za szkodliwe, jeżeli uczniowie przychodzą wprost z pracowni anatomicznéj bez zmiany zwierzchniego ubrania w pobliże ran, lub co gorzéj badają położnice. Rzeczywiście byłoby to wielką przeszkodą, gdyby dokładna dezinfekcyja rąk nie wystarczała do zniszczenia jadu gnilnego! Natenczas nie mógłby chirurg nie tylko chodzić do sal sekcyjnych i trupów dotykać, ale nie mógłby nawet zajmować się chorymi, którzy cierpią np. na *phlegmone septica* itp. W końcu radzi zamiast żądać rzeczy niepodobnych do wykonania, jak całéj kąpieli i zmiany bielizny, raczéj przestrzegać dokładnéj dezinfekcyi rąk i czystości zwierzchniéj sukni a w tym celu winien według niego każdy lekarz mieć w sztućcu przy sobie flaszeczkę ze zgęszczonym glicerynowym rozczynem kwasu karbolowego, któregoby w każdym przypadku mógł użyć do dezinfekcyi tak siebie jak i opatrzyć się mającego chorego.

ss) Prof. Rühle zastanawia się (*Centralbl. f. klin. Med.* 1880, Nr. 1) nad rozpoznaniem ostréj gruźlicy prosówkowéj. Cierpienie to przedstawia się jako ogólna choroba zakaźna, zazwyczaj bez spółcierpienia opony miękkiej mózgu; postrzegane za życia objawy ze strony mózgu są tylko następstwem gorączki. Tak zw. zaś zapalenie opon na podstawie mózgu (*meningitis basilaris*) trzeba uważać jako ograniczoną gruźlicę prosówkową, która przez sam sposób swego występowania staje się w krótkim stosunkowo czasie zabójczą. W razie wystąpienia obydwu postaci równocześnie, objawy poszczególną postać cechujące mięszają się i wikłają. Wiadomo, że w gruźlicy prosówkowej ogólnéj bardzo cennym objawem jest wielka częstość ruchów oddechowych, bez duszności, obok nieznacznych stosunkowo przypadów fizycznych, bez istotnych stłumień, wśród rozległych rzężeń nieżytowych.

Podobnie i gorączka towarzysząca gruźlicy prosówkowéj tém się różnić zwykła od innych gorączek zakaźnych, że częstość ruchów serca jest niestosunkowo znaczną w porównaniu z podniesieniem ciepłoty. Częstość oddechów i tętna ma zatém pierwszorzędną wartość dla rozpoznania gruźlicy prosówkowéj.

W gruźlicy zaś opon mózgowych zachowanie się ruchów oddechowych i sercowych jest zupełnie innego rodzaju, co również już rychło może nam dać cenne wskazówki co do zbliżającego się cierpienia. Płytkie ruchy oddechowe bywają nagle przerywane głębokim, jęczącym ruchem, długim wdechem, a obmacając uważnie tętno można zauważyć pewne wahania, tak co do jego liczby jako i jakości.

Jeżeli obydwa cierpienia wystąpią równocześnie, natenczas następstwa powyższe nawzajem się znoszą. Wzmiankowane co dopiero nieprawidłowości w ruchach serca i oddechów, zależne od bodźca działającego na podstawę mózgu, znoszą się pod wpływem obwodowego zadraźnienia kończyn nerwu błędnego przez gruzełki prosówkowe w płucach, i na odwrót charakterystyczne następstwa tychże bodźców obwodowych, tj. częstość oddechów i tętna, odpadają, jeżeli równocześnie działa pewien bodziec na podstawę mózgu; dla tego to dla równoczesnego przebiegu obydwu postaci gruźlicy nader nieznaczne i niewyraźne pozostają objawy, tak że nie można tu mówić o pewném pozytywném rozpoznaniu, lecz tylko o rozpoznaniu prawdopodobném drogą wykluczenia.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Do Szanownych Członków Towarzystwa lek. galicyjskiego.

Po kilkuletnich usiłowaniach nastąpiło częściowe połączenie Tow. lekarzy galicyjskich z Towarzystwem lekarskiém krakowskiém, które, jak mniemamy, będzie połączone z korzyścią dla dobra publicznego i stron obydwóch. Szczegóły porozumienia powezmą szanowni Koledzy ze statutu i regulaminu przyjętych na Walném Zgromadzeniu Towarzystwa d. 28 czerwca br. Jeden i drugi nie omieszkamy przesłać każdemu koledze, skoro tylko c. k. Namiestnictwo pierwszy z nich zatwierdzi. Tymczasem zaś, celem uniknienia nieporozumień, uważamy za konieczne zwrócić uwagę szanownych Kolegów na następne okoliczności:

1) Od d. 28 czerwca br. zachodzi między Tow. lek. gal. a Tow. lek. krak. stosunek wzajemności tego rodzaju, że członek czynny jednego z nich, przesiedlając się w obręb drugiego, przechodzi tém samém w poczet jego członków czynnych bez nowéj wkładki wstępnéj.

2) Członkom Tow. lek. gal., zamieszkałym w W. księstwie krakowskiém, którzy wstąpili przed d. 28 czerwca br., przysługują nadal prawa i obowiązki dotychczasowe, dokąd nie należą do Tow. lek krakowskiego; z chwilą zaś, gdy do niego wstępują, pozostaje im tylko tytuł członka korespondującego Tow. lek. gal. (bez praw i obowiązków).

3) Członkom Tow. lek. gal, zamieszkałym w król. Galicyi, którzy przed d. 28 czerwca br. stali się korespondentami Tow. lek. krakowskiego, pozostaje tylko tytuł korespondenta Tow. lek. krak. (bez praw i obowiązków). Opłaty zaś wszelkie wnoszą odtąd tylko do kasy Tow. lek. galicyjskiego.

4) Wkładka roczna w Tow. lek. galicyjskiém wynosi odtąd dla członka czynnego 10 złr. w. a., dla członka zaś korespondującego 3 złr. w. a., jeźli mieszkając za obrębem król. Galicyi i W. ks. krakowskiego, należy równocześnie do Tow. lek. krak.; 10 złr. zaś w. a., jeźli był wprzód członkiem czynnym Tow. lek. galicyjskich, jako taki wyniósł się za obręb król. Galicyi i W. ks. krakowskiego, a życzy sobie zachować nadal prawa, nabyte do funduszu zapomóg i żelaznego. W reszcie przypadków członek korespondujący płaci 7 złr. w. a.

5) Wkładkę roczną winien członek Tow. lek. galic. opłacać z góry, a mianowicie: członek czynny ryczałtem albo w ratach półrocznych lub kwartalnych, członek zaś korespondujący ryczałtem lub w dwóch ratach półrocznych.

6) Wszelkie wpłaty winni członkowie Tow. lek. gal. przesyłać odtąd wprost do kasy głównéj na ręce skarbnika Towarzystwa Dra Smutnego (we Lwowie przy ulicy Kopernikowskiéj, pod l. 1).

7) Organem Towarzystwa jest odtąd „Przegląd Lekarski“, który bezpłatnie otrzymują wszyscy członkowie czynni i korespondujący Tow. lek. gal,, z wyjątkiem korespondentów płacących 3 złr. w. a.

Przy sposobności wyjaśnień powyższych upraszamy nadto szanownych Kolegów, aby zaległości jak najrychléj wyrównać, i dalsze wkładki we właściwym czasie przesyłać raczyli, gdyż z jednéj strony kasa główna obowiązaną jest administracyi organu uiszczać regularnie należytość, przypadającą za egzemplarze, dostarczane członkom wymienionym pod 7, z drugiéj strony zaś po wydzieleniu kwoty, należnéj do funduszu zapomóg, po opłaceniu organu, po oddaniu sekcyjom (1/10) części, przypadającéj na fundusz ich administracyjny, wreszcie po opłaceniu pogłównego na rzecz Związku Towarzystw lek. austryjackich, pozostaje z wkładek rocznych tak mała część do rozporządzenia, że niemogłaby pokryć niedoborów powstających w skutek zalegania członków z wkładkami.

We Lwowie d. 6 lipca 1880 r.

Z Rady zawiadowczéj Tow. lek. galicyjskiego.

Prezes Dr. Biesiadecki. Sekretarz jen. Dr. Merunowicz.

V. List otwarty do Redakcyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie.

Szanowny Redaktorze!

Zabieram się do opisania epidemii ospy, która w końcu przeszłego roku i w pierwszych miesiącach obecnego miasto nasze nawiedziła, zamierzam również porównywać ją z dawniejszemi, które obserwować miałem sposobność, gdyż każda z nich ma w sobie coś właściwego, każda odróżnia się

od innych, o czém już dawniejsi wiedzieli lekarze, a między nimi słynny lekarz angielski Sydenham, który w swych *Opera universa, Londini, editio tertia a. 1705* złożył mnogie a znakomite doświadczenia. Czytając jego opis rozmaitych postaci ospy, przekonałem się, że za jego czasów wydarzały się niektóre pojawy téj choroby częściéj aniżeli obecnie. I tak mówiąc o ospie zlewającéj się *(variola confluens)* podaje, że u dorosłych ślinotok, u dzieci zaś biegunka, stałém bywa znamieniem chorobowém. Otóż jego słowa: *Sunt vero et alia symptomata duo, quae variolis confluentibus accidunt, haud minoris momenti quam vel pustulae ipsae, vel tumor, vel aliud quodlibet e praedictis; Salivatio nempe in adultis, atque in infantibus diarrhoea. Horum prius ita perpetuum se comitem adjungit, ut unicum tantum viderim variolis confluentibus laborantem, nulla superveniente salivatione: Posterius autem nempe diarrhoea, infantes hac specie laborantes non ita certo discruciat. Utrum providens natura has evacuationes idcirco substituerit, quod in pusillo hoc ac humuli genere materia morbifica ita penitus nequeat exterminari, ac in pustulis ipsis majoribus ac magis fastigiatis generis discreti, nullus definio, cum historiam tantum scribam, non solvam problemata.*

Z tego, co się powyżéj powiedziało, okazuje się, że Sydenham dwa te pojawy chorobowe często widywał; ja zaś chociaż kilka epidemij ospy obserwowałem, tylko dwa przypadki ślinotoku podczas ospy widziałem, jeden u dziewczynki 15-letniéj w ospiance, łagodnie przebiegającéj i szczęśliwie po uzdrowieniu zakończonéj, drugi u mężatki 40-letniéj przy zlewającéj się ospie, któréj również towarzyszyła choroba Brighta, u téj choréj niesztowic było pełno w ustach a ślinotok tak był wielki, jak bywa po użyciu rtęci; chora ta w drugim tygodniu choroby umarła.

Drugim pojawem jest biegunka u dzieci, którą Sydenham nawet zbawienną być poczytuje, albowiem na inném miejscu tego samego rozdziału pisze: *Proximo loco, cum in variolis confluentibus haud minus certo infantes diarrhoea comitetur, quam adultos ptyalismus, naturâ, ut supra ostendimus, alterutram harum evacuationum materiae morbificae eliminandae ubique constituente, ut nec hic ptyalismo, ita neque istic diarrhoeae fraenum injicio, cum utrumque ex aequo sit absurdum.*

Wiadomo również, że u dorosłych w porze zwiastunów zlewającéj się ospy chory prócz innych towarzyszących pojawów chorobowych, cierpi na niezmiernie dotkliwy ból lędźwiowy, o którym już Sydenham podaje, że jest *acutissimus dolor in regione lumborum, paroxysmi nephritici aemulus.*" W takich przypadkach badany przezemnie mocz zawierał zawsze dużo białka, po wystąpieniu zaś ospy białko znikało.

Uważam, że obecnie daleko mniéj osób traci wzrok skutkiem ospy, aniżeli dawniéj; przypisuję to troskliwszemu badaniu i odpowiedniejszemu leczeniu, częstszemu użyciu atropinu, zapobiegającemu wielu chorobom gałki ocznéj.

Wreszcie kolega Dr. Łodziński, lekarz miejski w Myślenicach, który w kilku wsiach powiatu myślenickiego epidemije ospy z łagodnym zauważał przebiegiem, wspomniał mi, że w pewnéj wsi powiatu wielickiego ospie podobno towarzyszyć miała czerwonka, powikłanie niezwykle i śmiertelność znacznie powiększające.

Wiadomość o tych szczegółach byłaby dla mnie bardzo pożądaną, dla tego śmiem prosić za pośrednictwem Twojém szanownych współtowarzyszów, aby zechcieli listownie podać mi swoje doświadczenia, w tym osiągnięte kierunku.

Kraków dnia 20go czerwca 1880. Dr. Warschauer.

Listy z Londynu.

II.

Zarządy szpitalne. — Sprzeczki w szpitalu Guyowskim. — Mr. Bryant i „Spray System". — Tysiączna owaryjotomija Spencer Wellsa. — Narkotyzowanie. — Antiwiwisekcyjoniści.

W obec tego, że szpitale powstają i utrzymywane bywają jedynie ze składek, daléj, że chorzy bezpłatnie otrzymują opiekę szpitalną, to także lekarze pełnią obowiązki bez wynagrodzenia. W najnowszych czasach wprawdzie nieco się zmienia postać rzeczy, bo że się tak wyrażę, czynią tu próby z chorymi płacącymi. Tych ostatnich znowu rozróżnia się dwa rodzaje: takich, co płacą według możności, i takich, co całkowite ponoszą koszta. Są to jednak dopiero próby, odbywające się w niektórych szpitalach, lecz zasadą jest leczenie bezpłatne. Dobrodzieje, którzy ofiarowali na jakiś szpital jednorazowo pewną kwotę lub rocznemi składkami fundusz jego zasilają, są członkami towarzystwa, które na rocznych zebraniach rozstrzyga o losach szpitala. Każde takie towarzystwo ma patrona, wice-patrona, kilka patronek, kilkadziesiąt wice-patronek, prezydenta, kilkudziesięciu wice-prezydentów, daléj komitety administracyjne z prezesem, sekretarzem, podskarbim itd. Zazwyczaj sekretarz, a w niektórych szpitalach podskarbi, pełni czynności dyrektora. Rządy spoczywają zatém wyłącznie w rękach nielekarzy, którzy nieraz w skutek niewiadomości lub złéj woli doprowadzają do zajść, jakich widownią był w przeszłym tygodniu szpital Guya.

Już od kilku miesięcy dyrektor (podskarbi) tegoż szpitala i przełożona posługaczek nie chcieli stósować się do przepisów lekarzy co do żywienia i obchodzenia się z chorymi Uwagi lekarzy były bezskuteczne. Smutny ten stan rzeczy podnosiły dzienniki lekarskie, lecz i to nie odniosło pożądanego skutku, owszem przełożona posługaczek również w pismach publicznych (*Nineteenth Century*, *Contemporary Review)* odpowiedziała, że wie lepiéj aniżeli lekarze, czego chorym potrzeba. Daléj podniosła przełożona, że uczniowie medycyny, uczęszczający do szpitala, dopuszczają się rozmaitych karygodnych czynów z posługaczkami. Studenci nie pozostali obojętnymi na taką zaczepkę, wytupali podskarbiego a przełożoną nazwali łgarką. Dalszém następstwem było, że podskarbi zawiesił czynności lekarzy i odwołał się do komitetu. Komitet przywrócił lekarzy do ich czynności, ale jeszcze stanowczych uchwał nie powziął. *The Lancet* domaga się usunięcia podskarbiego, na którego niekorzyść i to przemawia, że były prezydent niezadowolony jego postępowaniem godność swoją złożył. Słuszna jednak zachodzi obawa, aby nie zabroniono uczniom wstępu do tego szpitala, który jest jednym z największych w Londynie, bo ma przeszło siedmset łóżek, podczas, gdy niektóre mają zaledwie kilkadziesiąt.

Jeden z chirurgów tegoż szpitala Mr. Bryant ogłosił w *The Lancet* Nr. XXIII, wynik leczenia z 2 lat w 90 przypadkach cięższych. Występuje on przeciwko twierdzeniu, aby tak zwany przez niego „Spray system" zapobiegał gorączce, bo on i bez mgły karbolowéj miał piękne wyniki. W 30 przypadkach ciepłota nie dochodziła do 100° lub 102°F (=37·8°C). W 33 przypadkach doszła do 100° lub 102°F, ale tylko dwa dni utrzymywała się na tym stopniu; w 14 przypadkach dopiero dnia trzeciego po operacyi było podniesienie ciepłoty a w 10 przypadkach czwartego, piątego

lub szóstego dnia; 3 przypadków nie uwzględnia, bo były powikłane z chorobami wewnętrznemi. Śmierć nastąpiła w pięciu przypadkach. Mr. Bryant, autor chirurgii bardzo wziętéj, operuje i opatruje bez mgły karbolowéj. Namienić jednak winienem, że sobie myje ręce przed przystąpieniem do stołu operacyjnego, a narzędzia i gąbki dokładnie bywają czyszczone w wodzie karbolowéj. Przy operacyi na odnogach używa opaski Esmarcha, naczynia krwawiące okręca lub podwięzuje katgutem i oczyszcza ranę gąbkami zamaczanemi w ciepłéj wodzie zawierającéj nieco tynktury jodowéj. Brzegi rany spaja jedwabiem lub drutem i zakłada dren. Do opatrywania używa płatków (lint) zamaczanych w rozczynie olejku terpentynowego i oliwy *(ol. terebinthinae, ol. olivarum 1:5)*, na to kładzie pokład gazy lub waty, czasem gąbkę i lekko uciska opaską zazwyczaj flanelową. Następnie chorego przenoszą do sal odpowiadających wszelkim warunkom higijenicznym. Opatrunki zmienia jak najrzadziéj, przyczém przestrzega, aby ranę jak najmniéj drażnić. I w ciągu dwóch lat nie miał ani pyemii ani róży. Inni operatorowie rzeczonego szpitala jednak nie idą za przykładem Bryanta, używają mgły karbolowéj i opatrunków listerowskich. Oprawie listerowskiéj poświęcę słów kilka w liście następnym, w którym zamierzam pomówić nieco o Listerze. Nie od rzeczy jednak będzie wspomnieć, że Spencer Wells niedawno temu wykonał tysiączną owaryjotomiję; chora dotąd ma się dobrze. Z tego tysiąca owaryjotomij wykonał on ostatnich 212 antiseptycznie. I na podstawie swego olbrzymiego doświadczenia ogłasza, że ma teraz wyniki lepsze, że powrót do zdrowia jest szybszy i że się unika gorączki. Dobrych tych wyników nie przypisuje on tylko mgle karbolowéj, ale opatrunkom antiseptycznym.

The Lancet w N. XXI podaje przypadek śmierci z chloroformu. Był to już piąty przypadek tego roku zanotowany. Sądzę, że sposób, w jaki się tu stósuje chloroform, niewątpliwie się przyczynia do częstych tych przypadków. Myśmy przyzwyczajeni do stósowania chloroformu z wszelką ostrożnością. W Londynie wielu używa dużego balonu elastycznego, połączonego z osadą, która szczelnie przylega do twarzy chorego tak, że on oddycha tylko tą ilością powietrza, która jest zawartą w balonie i wystarcza tylko na jeden głęboki wdech. Do balonu wsuwa się gąbkę napojoną chloroformem. Chory przez to usypia szybko, bo nietylko zatruwa się chloroformem, ale i dusi w skutek braku tlenu. Lecz przyznam się, że mnie zawsze trwoga ogarnia na widok przypadów duszenia. Do narkotyzowania zaczynają także używać bromku etylu *(bromide of ethyl)*, który podobno działa szybko, nie drażni skóry i nie wywołuje tylu przypadów ubocznych, co eter lub chloroform. Sam nie miałem sposobności przekonania się o zaletach rzeczonego przetworu, ale że on w skutkach podobny do chloroformu, o tém świadczy przypadek śmierci opisany w *Philadelphia Medical Times* z dnia 5 czerwca rb.

Tutejsze towarzystwo antiwiwisekcyjne dzielnie walczy przeciwko doświadczeniom na zwierzętach. Chcąc czynić podobne doświadczenia potrzeba osobnego pozwolenia, w którém bywa wyszczególnione, w jakim celu i w jaki sposób doświadczenia odbyć się mogą (zazwyczaj w narkozie z obowiązkiem zabicia zwierzęcia). Ze sprawozdania inspektora na rok 1879 widać, że w tym roku udzielono w Anglii trzydzieści sześć pozwoleń, lecz tylko dwudziestu sześciu korzystało z pozwolenia i ci wykonali 270 wiwisekcyj; z tych 61 dla wykładów uniwersyteckich a 35 bez użycia narkotyków. Pan inspektor podaje, że aż w 25 przypadkach narażono zwierzęta na cierpienie, a mianowicie 15 zwierząt zachorowało po zaszczepieniu istoty zakaźnéj, a w 10 przypadkach wstrzyknięto zwierzętom (żabom) leki pod skórę dla doświadczenia. Co to za okrutni ludzie ci lekarze angielscy. Dla nędznéj nauki dręczą i krają biedne zwierzęta. To oburzyć musi ludzkie uczucia, przecież i zwierzęta ból czują. W przeszłym miesiącu było zebranie roczne towarzystwa antiwiwisekcyjnego (*Antivivisection Association*), na którym dla zapobieżenia temu zapadła uchwała: „wezwać parlament, aby zupełnie zabroniono doświadczeń na zwierzętach“. Można się zatém spodziewać, że dla Anglii to pole pracy zupełnie będzie niedostępne, bo już teraz utrudnienia są znaczne. Pozwolenie uzyskać trudno, i często interesowani otrzymują je tak późno, że z niego więcéj korzystać nie mogą. Wszystkiego tego przyczyną przesadna troskliwość o żaby i króliki, które paść mają o f i a r ą n a u k i. Lecz z drugiéj strony ci sami członkowie towarzystwa antiwiwisekcyjnego nie robią sobie żadnych skrupułów, że ryby nabiją na wędki, że zającowi lub jeleniowi wpakują szróty pod skórę i pozwolą mu potém leczyć się na puszczy, że podczas wyścigów konie i jezdzcy nogi łamią. Takim wiwisekcyjom tysiące widzów się przypatruje, bo to d l a z a b a w y. A cóż dopiero mamy powiedzieć o urazowych epidemijach, jak Pirogow nazywa wojny? Czyż to nie są wiwisekcyje dla tego, że dokonywane na ludziach? *Dr. Bogdanik.*

VI. Wiadomości statystyczne i ógólno-lekarskie.

* Od jednego z kolegów otrzymujemy następujące uwagi, będące bardzo na czasie:

„Komisyja budżetowa Sejmu wysila się nad zniżeniem preliminarza na wydatki sanitarne i wydatki natury humanitarnéj, które pochłaniają około 28% całego budżetu. Dzięki jéj należą za to, bo tylko przez zrównoważenie dochodów z wydatkami daje się osiągnąć porządne gospodarstwo w kraju i zdrowy rozwój jego we wszystkich kierunkach.

Na wydatki czysto szpitalne rocznie wydaje się około 600.000 złr. Jest to bardzo znaczna suma na kraj nasz ubogi, przyciśnięty ogromnemi podatkami na potrzeby państwowe. Lecz przynajmniéj wydatek ten usprawiedliwia świetny stan wszystkich szpitali, które pod kierunkiem autonomicznego zarządu przyszły do znakomitego rozwoju. Rzeczywiście nie ma ani jednéj gałęzi gospodarstwa krajowego, gdzieby postęp był tak widoczny i osiągnięty w tak krótkim stosunkowo czasie. Nastała teraz chwila oszczędności i powolnego ruchu naprzód.

Wszyscy powinniśmy myśleć o zaoszczędzaniu się, gdy kraj tego wymaga. Lecz i oszczędność musi być rozumną, bo źle zastósowana więcéj szkody niż korzyści wyrządzić może.

Słyszeliśmy, że w widokach oszczędności niektórzy posłowie chcą postawić wniosek o zniesienie filij dla obłąkanych w Żółkwi i Przemyślu. Taka oszczędność jest nie tylko źle pomyślaną, ale może pociągnąć fatalne następstwa dla tych dwóch pięknych zakładów na prowincyi. Że tak jest istotnie, postaramy się wykazać cyframi.

Według sprawozdania Wydziału krajowego utrzymanie jednego chorego na umyśle w Kulparkowie kosztuje przeciętnie 97·2 cent. dziennie. Utrzymanie więc 150 chorych (gdyż taka liczba znajduje się w Żółkwi i Przemyślu) kosztowałoby w Kulparkowie rocznie zwyż 50.000 złr. Ponieważ w Przemyślu taksa utrzymania obłąkanych wynosi 50 cent. a w Żółkwi 60 cent. dziennie, utrzymanie tam téjże saméj ilości chorych będzie kosztować tylko 29 tysięcy złr., to jest o 21 tysięcy taniéj. Przy tém dodać należy, iż utrzymanie ich na prowincyi nie jest gorsze niż w Kulparkowie, gdyż do nich stósuje się taż sama norma żywienia jaką zatwierdzono dla Kulparkowa.

Może kto powie, że nie potrzeba tych filij, bo Kulparków wystarczy na wszystkich obłąkanych w kraju. Sprawozdanie

Wydziału krajowego pokazuje, że tak nie jest i że potrzeba dwa razy tyle łóżek w zakładach ile mamy, żeby ulokować tylko tych chorych na umyśle, którzy mogą szkodzić społeczności. Lecz jeżeli w celu oszczędności musimy ograniczyć przyjmowanie obłąkanych, ograniczenie takie powinno dotknąć te zakłady, w których utrzymanie chorych jest droższe, a nie te, gdzie jest tańsze. Z porównania kosztów widać, że za też same pieniądze można w Przemyślu i Żółkwi utrzymać dwa razy tyle chorych jak w Kulparkowie. Oczywiście więc lepiéj zmniejszyć ilość chorych w Kulparkowie, jak w filijach istniejących na prowincyi.

Powiedzieliśmy wyżéj, że zniesienie filij w Przemyślu i w Żółkwi może zadać cios śmiertelny tym szpitalom. Rzeczywiście dwa te miasta znacznie rozszerzyły swe szpitale dla pomieszczenia obłąkanych. Rozszerzenie to kosztowało wiele pieniędzy, a urządzenie wiele trudu i kłopotów. Zniesienie filij zmniejszy budżet szpitalny więcéj niż na połowę, a na pozostałą mniejszą połowę padnie ciężar utrzymania ogromnego, niezajętego przez nikogo budynku. W krótkim więc czasie zakłady te mogą upaść i z najlepszych stać się najgorszemi.

Tego rezultatu jesteśmy pewni że nikt sobie nie życzy, a to nastąpi koniecznie jeżeli zapadnie uchwała zniesienia filij dla obłąkanych w Przemyślu i Żółkwi."

Statystyka epidemij. Ospa w tygodniu 25 nie zmieniła się stanowczo w Londynie. Umarło 6, leczyło się w szpitalu 238, świeżo zapadło 50. W Wiedniu umarło 10, w Bukareszcie 9, w Tryjeście 7, w Petersburgu 5, w Aleksandryi 20, w Madrycie 16, w Pradze 11, w Rzymie 4. Z płonicy umarło nieco więcéj w Stokholmie. Epidemija tyfusu przełamała się w Paryżu, umarło 19. Za to więcéj umarło z tyfusu w Petersburgu. W tygodniu 26 umarło w Krakowie: 1 z ospy, 1 z płonicy, 1 z duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 25 umarło na 1000 mieszkańców i na rok: W Krakowie 34,3; w Warszawie 22,3; w Poznaniu 33,2; w Wiedniu 26,6; w Budapeszcie 42,2; w Pradze 38,5; w Tryjeście 38,5; w Berlinie 24,2; w Wrocławiu 33,3; w Mnichowie 35,1; w Dreźnie 17,7; w Lipsku 19,7; w Bazylei 17,3; w Brukseli 21,4; w Paryżu 26,8; w Londynie 17,7; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 52,7; w Rzymie 30,3; w Wenecyi 20,3; w Bukareszcie 29,9; w Madrycie 37,3; w Barcelonie 25,5; w Aleksandryi 47,6; w Nowym Jorku 25,4; w Bombayu 34,1; w Madrasie 36,6.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lipca. Dr. Maresch, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, podał się do dymisyi i takową otrzymał.—Nie znamy bliższych szczegółów, ale też w takowe nie wchodzimy; dla nas wystarcza, że usunął się kierownik, który nie był w stanie utrzymać ładu, tyle pożądanego w takim zakładzie. Powołanie Marescha okazało się niekorzystném; nie obwiniamy Wydziału krajowego, bośmy wszyscy przyklasnęli w swoim czasie temu wyborowi; teraz Wydział krajowy ma przed sobą nader trudne zadanie, musi więc dobrze zastanowić się, zanim poruczy komu posadę stałą, tak ważną; od znalezienia odpowiedniego kierownika zależy istnienie zakładu, i tak już z lyskredytowanego, a więc *caveant consules!*

* Dziekanem Wydziału lek. w Krakowie na rok przyszły wybrany został prof. Dr Piotrowski.

* *Dwutygodnik med. publ.* uznał za stósowne, pożegnać się nie tylko ze swymi współpracownikami, ale i z nami. Mówi o dzieleniu się łupami, o pochłonięciu obfitéj zdobyczy itd., a zapomina, że na czele numeru ostatniego sam powiada, iż zgladzenie jego uchwaliło Towarzystwo lekarzy galic., którego był organem, jeszcze pod koniec r. z. My świadczymy się czytelnikami naszymi, żeśmy nigdy pisma tego nie zaczepiali, żeśmy się tylko bronili w razie doznanéj zaczepki. Dziś wolimy nawet pominąć milczeniem ostatnią zaczepkę tak nieuzasadnioną, ale uspokoić musimy b. redaktora, że nie zamierzamy wcale nadużywać ani wyłącznego panowania w piśmiennictwie peryjodyczném lekarskiém w Galicyi, ani błogiego spokoju, za którym bardzo wzdychamy, bo błogiego spokoju zwykliśmy używać do pracy.

* Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galic. wybrała komisyję, składającą się z koll. Merunowicza, Jasińskiego i Pawlikowskiego, mającą się zająć wyszukaniem miejscowości, któreby w kraju naszym kwalifikowały się na uzdrowiska kąpielowe lub klimatyczne. Komisyja ta udała się przedewszystkiém do lekarzy powiatowych w okolicach górskich i podgórskich z odezwą i prośbą o wskazanie odpowiednich miejscowości. Po otrzymaniu spisu takowych Komisyja zamierza udać się do właścicieli tych miejscowości z zapytaniem, ilu gości mogłoby znaleść tamże pomieszczenie. Nie wątpimy, że w kraju naszym znajdą się liczne miejscowości, w zupełności odpowiadające warunkom, jakich wymagamy po uzdrowisku klimatyczném.

* Dowiadujemy się, że prof. Hueter w Gryfii pracuje nad podręcznikiem chirurgii ogólnéj i szczegółowéj, którego tom I wyjdzie już w październiku rb.

* **Warszawa**. Sprawa słownika lekarskiego, którego druk wkrótce ma się rozpocząć w Krakowie, będzie wniesioną na posiedzeniu tutejszego Towarzystwa lekarskiego w d. 6 bm. a to celem wysłuchania sprawozdania i proponowanego memoryjału, jakie w tym celu wyznaczony komitet wypracował. Ze względu na nagłość i ważność téj sprawy spodziewać się należy, że pomimo wyjazdu na wypoczynek niektórych członków, pozostali w mieście licznie się zgromadzą na têm posiedzeniu.

Kol. Chrostowski Bronisław i Kossowski Cezary pozyskali stopień doktora medycyny w tutejszym uniwersytecie po obronie w tym celu napisanych rozpraw. (*Medycyna*).

* W Cieplicach czeskich do d. 4 bm. bawiło gości kąpielowych 4924.

+ **Karlsbad** 3 lipca. Do dziś dnia było osób 14,081, o 1183 więcéj niż do tegoż dnia r. z. Przez pierwsze cztery dni tygodnia pogoda jednostajna z ciepłotą 15 R.° która w trzech ostatnich dniach utrzymywała się na wysokości 20° R., w cieniu, dochodząc na słońcu do 31° R. 1/7 orzeźwił powietrze i spragnioną ziemię deszcz nawalny, ciepły, 2 godzin trwający.

* **Nekrologija**. D. 1 bm. umarł w Giessen wysłużony profesor farmacyi Dr. Phöbus, znany i u nas, ponieważ kilka rozpraw jego przetłumaczył na język polski śp. prof. Skobel.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 27: Dunina: Spostrzeżenia nad epidemiją tyfusu powrotnego, panującą w Warszawie w 1879 do 1880 r.; Dymnickiego: Sprawozdanie z Buska (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. BÉRINGIER G. Étude sur quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique. 8 Paris, Delahaye Fr 2½.

BILLROTH, Th. Die Krankheiten der weiblichen Brustdrüse. M. 8 Tfln. u 55. Holzschn. gr. 8. Stuttgart, Enke. M. 5 60.

CHAUVET, Ch. Influence d. l. syphilis sur les maladies du système nerveux central 8. Paris. Delahaye Fr. 3½.

CHOQUET, De l'emploi du chloral comme agent d'anesthésie chirurgicale 8. Paris, Delahaye. Fr. ½.

FORT J. A., Résumé de pathologie et clinique chirurgicales. 2. éd. Av. 122 fig. 32 Paris. Delahaye. Fr. 5

HEIDENHAIN R, Der sogenannte thierische Magnetismus. 4. Aufl. gr. 8. Leipzig, Breitkopf et Härtel. M. 1. 80.

HIRSCH A. u M. SOMMERBRODT Mittheilungen üb. d. Pest-Epidemie in Winter 1878—79 im russischen Gouvernement Astrachan. Mit 1 Karte. gr. 8 Berlin, C. Heymann's Verl. M. 3.

HIS W, Anatomie menschlicher Embryonen. I. Embryonen des ersten Monats. Mit 17 Holzschn. u. Atlas (enth. 8 Tfln. in gr.-Fol.) gr. 8. Leipzig, Vogel. M. 30.

HOURLIER. De la mort du foetus dans les derniers mois d. l. grossesse avant le travail 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 29360.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W myśl uchwały Sejmu Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkiém Księstwem krakowskiém z dnia 25 maja 1875 r. Wydział krajowy rozpisuje niniejszém konkurs na posadę Dyrektora zakładu dla obłąkanych na Kulparkowie (obok Lwowa).

Dyrektor tego zakładu będzie wykonywać bezpośredni zarząd zakładu w sprawach lekarskich, administracyjnych i gospodarskich, a oraz pełnić obowiązki naczelnego lekarza.

Dyrektor jest urzędnikiem zakładu

Ustanowa służby krajowéj tudzież §. 4 i 9 uchwały Sejmu z d. 3 stycznia 1874 r., stósują się do niego o ile statut zakładu uchwalony przez Sejm na dniu 25 maja 1875 r. nie rozporządza inaczéj.

Dyrektor jest obowiązany mieszkać w zakładzie.

Dyrektorowi wolno po za obrębem zakładu wykonywać praktykę lekarską tylko o tyle, o ile jego obowiązkowa służba w zakładzie przez to nie ucierpi, natomiast nie wolno mu zakładać i utrzymywać prywatnych zakładów dla umysłowo chorych lub przyjmować obowiązki lekarskie w podobnych zakładach.

Ubiegający się o posadę Dyrektora, ma posiadać stopień doktora medycyny i mieć wykształcenie teoretyczne i praktyczne w psychijatryi.

Przy obsadzeniu posady Dyrektora wolno Wydziałowi krajowemu nie zważać na wiek §. 3 ustanowy służby krajowéj wymagany.

Pobory z posadą Dyrektora połączone są następujące: *a*) płaca roczna 2.200 zł., *b*) pomieszkanie z opałem, c) dodatek pięcioletni 300 zł. w. a.

Ubiegający się o powyższą posadę winni w swych podaniach zamieścić krótki opis życia, dołączyć metrykę urodzenia i wykazać się z ogólnego i szczegółowego swego uzdolnienia wyżéj wymaganego.

Zwraca się oraz uwaga ubiegających się, że nowo wstępujący do służby krajowéj kandydat otrzyma nominacyję stałą dopiero po upływie roku i to w tym tylko razie, jeżeli w ciągu téj prowizoryczném rocznéj służby wszelkim warunkom służby odpowie.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść swe podania najdaléj **do 25 lipca 1880 r.** do Wydziału krajowego, a jeżeli obecnie w służbie publicznéj zostają, przez bezpośrednio przełożoną władzę.

Z Wydziału krajowego.
Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wiel. ks. krakowskiém.
We Lwowie dnia 2 lipca 1880 roku.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.